·医学循证·

老年慢性病患者医院–家庭过渡期真实经历与护理体验质性研究的 Meta 整合

孙梦杰[1]，刘腊梅[2*]，王佳南[1]，王鹏[1]，张振香[1]

【摘要】 背景 了解老年慢性病患者在医院–家庭过渡期的真实经历和对护理服务的体验与期望有助于促进过渡期护理服务的改善和质量的提升。近年来，有关老年慢性病患者医院–家庭过渡期真实经历和对护理服务体验的质性研究逐渐增多，但单一的质性研究结果可能不具有概括性和代表性。目的 系统评价老年慢性病患者从医院到家庭的过渡时期的真实感受和对护理服务的体验。方法 于2022年5月，计算机检索 PubMed、Web of Science 核心合集、EmBase、CINAHL、中国知网和万方数据知识服务平台等中英文数据库，搜索关于老年慢性病患者医院–家庭过渡期真实感受和对护理服务体验的质性研究，检索时限均为建库至2022年5月。由2名研究者独立筛选文献、提取资料，并根据英国牛津大学循证医学中心制定的文献质量评价项目（Critical Appraisal Skills Programme，CASP）对纳入文献质量进行评价，运用 Meta 整合方法对研究结果进行整合。结果 共纳入13篇文献，提炼出45个研究结果，将相似的研究结果归纳为8个类别，并综合得出3个整合结果，分别为：老年慢性病患者医院–家庭过渡期护理的障碍因素；老年慢性病患者医院–家庭过渡期护理的促进因素；老年慢性病患者对医院–家庭过渡期护理的期待。结论 老年慢性病患者从医院到家庭的过渡是一个充满挑战的过程，过渡期护理服务质量仍有较大的提升空间。家庭、社区、医疗机构、政府、社会应积极改善老年慢性病患者在个人、家庭、社区、社会等层面的过渡条件。可通过强化对过渡期患者的教育，提升患者自我管理能力，提供护士主导的过渡期护理服务等举措，帮助老年慢性病患者实现从医院到家庭的安全过渡。

【关键词】 老年人；慢性病；医院到家庭的过渡；过渡期护理；体验；质性研究；Meta 整合

【中图分类号】 R 36 R 197.323 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0654

【引用本文】 孙梦杰，刘腊梅，王佳南，等. 老年慢性病患者医院–家庭过渡期真实经历与护理体验质性研究的 Meta 整合［J］. 中国全科医学，2023.［Epub ahead of print］ DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0654.［www.chinagp.net］

SUN M J，LIU L M，WANG J N，et al. A Meta-synthesis of qualitative studies on the real experiences and care experience during hospital-to-home transition for elderly patients with chronic diseases［J］. Chinese General Practice，2023.［www.chinagp.net］

A Meta-synthesis of Qualitative Studies on the Real Experiences and Care Experience during Hospital-to-home Transition for Elderly Patients with Chronic Diseases

SUN Mengjie[1]，*LIU Lamei*[2*]，*WANG Jia'nan*[1]，*WANG Peng*[1]，*ZHANG Zhenxiang*[1]

1.School of Nursing and Health，Zhengzhou University，Zhengzhou 450000，China

2.Clinical Teaching and Research Department，Nursing and Health，Zhengzhou University，Zhengzhou 450000，China

[*]Corresponding author：LIU Lamei，Associate professor；E-mail：liulamei2005@126.com

【Abstract】 **Background** Understanding the real experiences of elderly patients with chronic diseases during hospital-to-home transition and their expectations of care services can help promote the quality improvement of care services during the transition. In recent years，qualitative studies on real experiences of elderly patients with chronic diseases during the hospital-to-home transition and their experience of care services have gradually increased，however，the results of single qualitative study may not be generalizable and representative. **Objective** To systematically evaluate qualitative studies on the real experiences of

基金项目：河南省2021年科技发展计划项目（202102310665）；2020年度河南省高等学院青年骨干教师培养计划（2020GGJS001）；郑州大学2021年度校级教育教学改革研究与实践项目（2021ZZUJGLX065）；2019年度郑州大学青年骨干教师培养计划（2019ZDGGJS012）

1.450000 郑州市，郑州大学护理与健康学院 2.450000 郑州市，郑州大学护理与健康学院临床教研室

[*]通信作者：刘腊梅，副教授；E-mail：liulamei2005@126.com

本文数字出版日期：2023-06-26

elderly patients with chronic diseases during the hospital-to-home transition and their experience of care services. **Methods** In May 2022，PubMed，Web of Science Core Collection，EmBase，CINAHL，CNKI，and Wanfang Data Knowledge Service Platform were searched for the qualitative studies on the real experiences of elderly patients with chronic diseases during hospital-to-home transition and their experience of care services from inception to May 2022. Two researchers separately screened the literature and extracted data，evaluated the quality of included studies according to the Critical Appraisal Skills Programme（CASP）developed by evidence-based medicine center of University of Oxford. Meta synthesis was applied to integrate the results of the studies. **Results** A total of 13 studies were included with 45 research results extracted，and 3 synthesized findings were integrated from 8 categories grouped by similar findings，including barriers to care services during hospital-to-home transition for elderly patients with chronic diseases；facilitators of care services during hospital-to-home transition for elderly patients with chronic diseases；expectations of elderly patients with chronic diseases for care services during hospital-to-home transition. **Conclusion** Hospital-to-home transition of elderly patients with chronic diseases is a challenging process，and there is still much room for improvement in the quality of care services during the transition. Families，communities，medical institutions，government，and society should actively improve the transition conditions for elderly patients at the individual，community，and social levels. The safe hospital-to-home transition of elderly patients with chronic diseases can be promoted by enhancing education for patients during transition，improving self-management abilities of patients，and providing nurse-led care services during transition.

【**Key words**】 Aged；Chronic disease；Hospital to home transition；Transitional care；Experience；Qualitative research；Meta synthesis

全球人口老龄化背景下，与年龄密切相关的慢性病患者人数也在逐渐增加。中国作为世界上人口老龄化程度最为严重的国家之一，目前有近 75.8% 的老年人患有 1 种及以上慢性病[1]。中国慢性病群体具有“患病人数多、患病时间长、医疗成本高、服务需求大”的特征，慢性病给中国公共卫生事业带来巨大挑战。全球为减轻医疗负担，致力于提高医院床位周转率、缩短患者住院时间，老年慢性病患者在医院度过急性期后即返回到社区或家庭接受后续的康复治疗与护理服务。多项研究结果显示[2-3]，老年慢性病患者在医院 - 家庭过渡期对医疗护理服务仍有较高需求。为确保患者出院后仍存在的健康问题能得到充分解决，保证其从医院到家庭的过渡时期能够获得持续性、协调性的护理服务，满足其过渡期护理需求，提高其健康水平[4-5]，过渡期护理模式应运而生。现有研究已证实，实施过渡期护理有助于减少老年慢性病患者对急诊服务使用次数，降低再入院率，提高医疗资源利用率[6-8]，但目前老年慢性病患者仍对过渡期护理服务满意度不高、体验不佳[9-10]，在医院 - 家庭过渡期中的需求尚未得到充分满足[11]。患者体验是用于评价医疗护理服务质量的重要指标之一[12]，故了解老年慢性病患者在医院 - 家庭过渡期的真实经历和对护理服务的体验与期望有助于促进过渡期护理服务的改善和质量的提升。近年来，有关老年慢性病患者医院 - 家庭过渡期真实经历和对护理服务体验的质性研究逐渐增多，但由于不同国家（地区）医疗水平、文化存在差异，单一的质性研究结果可能不具有概括性和代表性。故本研究通过 Meta 整合法，系统评价老年慢性病患者医院 - 家庭过渡期真实经历和对护理服务体验的质性研究，了解其从医院到家庭的过渡时期的内心真实感受和期望，以期为临床更好地开展过渡期护理实践提供参考。

1　资料与方法

1.1　文献纳入与排除标准　纳入标准：（1）研究对象为老年慢性病患者，（平均）年龄≥ 60 岁，包括将患者与家庭照顾者 / 医护人员共同作为研究对象的研究；（2）感兴趣的现象为老年慢性病患者在医院 - 家庭过渡期中的体验、感受；（3）研究情景为老年慢性病患者从医院回到家中生活；（4）研究类型为质性研究或混合方法研究中的定性部分，包括但不限于扎根理论研究、现象学研究、人种学研究。排除标准：（1）综述、会议论文、无法获取全文的文献及非中 / 英文文献；（2）仅关注老年慢性病患者家庭照顾者或医护人员对医院 - 家庭过渡期护理服务体验的文献；（3）仅关注老年慢性病患者出院计划的文献或注重经验总结的文献；（4）混合方法研究中定性数据无法被提取的文献。

1.2　检索策略　于 2022 年 5 月，计算机检索 PubMed、Web of Science 核心合集、EmBase、CINAHL、中国知网和万方数据知识服务平台等中英文数据库，搜索关于老年慢性病患者医院 - 家庭过渡期真实感受和对护理服务体验的质性研究，检索时限均为建库至 2022 年 5 月。采用主题词与自由词相结合的方法进行检索，中文检索词包括老年人、慢性病、过渡期、过渡期护理、延续性护理、医院 - 家庭、质性研究、经验、感受、看法、观点等，英文检索词包括 aged、elder*、chronic disease、transition、transitional care、continuity of patient care、patient discharge、patient transfer、hospital-to-home、qualitative research、experience、opinion、phenomenol 等。

1.3　文献筛选与资料提取　由两名接受过循证护理方面培训的研究者独立筛选文献、提取资料，并交叉核对结果，如遇分歧且经讨论不能达成一致意见时，则请第3名研究者协助判断。文献筛选时，首先通过阅读题目和摘要排除明显不相关的文献，再进一步阅读全文，以确定最终纳入的文献。资料提取内容包括：作者、国家、发表年份、研究方法、研究对象、感兴趣的现象、主要研究结果。

1.4　文献质量评价　由两名研究者按照英国牛津大学循证医学中心制定的文献质量评价项目（Critical Appraisal Skills Programme，CASP）对纳入文献质量进行评价，CASP评价内容包括10个方面，采用“是”“否”“不清楚”对每项进行评价。将文献质量分为3个级别，若文献完全满足质量评价标准为A级，部分满足质量评价标准为B级，完全不满足质量评价标准为C级。若对评价结果存在分歧，由第3名研究者判断该文献是否被纳入。最终纳入质量等级为A、B的文献。

1.5　Meta整合　采用汇集性整合方法对研究结果进行分析和整合，使其更具有说服力、概括性和针对性。通过反复阅读、分析和阐释纳入文献的研究结果，将相似结果归纳组合在一起，形成新的类别，再将新的类别归纳为整合结果。

2　结果

2.1　文献检索结果　通过计算机检索和其他途径获得相关文献1 576篇，剔除重复文献后剩余文献1 201篇，经初筛、复筛，纳入10篇文献，通过追溯纳入文献的参考文献获取3篇文献，最终共纳入13篇[13-25]文献。文献检索及筛选流程见图1。

2.2　纳入文献的基本特征和方法学质量评价结果　纳入文献的基本特征见表1，方法学质量评价结果见表2。13篇文献中，1篇[19]文献质量等级为A，12篇[13-18，20-25]文献质量等级为B。

2.3　Meta整合结果　对13篇文献进行反复阅读、分析、解释，共提炼45个研究结果，将相似的研究结果归纳为8个类别，并综合得出3个整合结果。

2.3.1　整合结果1：老年慢性病患者医院－家庭过渡期护理的障碍因素

2.3.1.1　类别1：患者存在负性情绪和心理压力　老年患者在医院－家庭过渡期会产生一系列负性情绪和心理压力[14，17，19-20，22-23，25]，并产生过度的消极感知。一方面患者害怕回家，不仅与其因患病产生的病耻感有关（“我还没准备好回家见邻居和朋友们，我嘴歪、说话含糊、流口水，他们会嘲笑我。”[25]），还与环境的转变有关。从医疗机构向非结构化的家庭环境过渡时，患者对后续护理充满了不确定感和担忧（“回家很可怕，因为你没有组织，住院时你不必考虑任何事情，只要按照他们的话去做就行。”[23]、“这和我想象的完全不同，护理并没有达到我的期望，回家后你就只能靠你自己。”[19]），并因此选择消极对待出院后的日常生活（“我一个人坐着，无聊到死，所有我也可以吸烟，把自己吸死。”[20]）。另一方面患者担心尚未消失的症状可能会加重病情进展（“不应该在医院门口对我这样一个身患重病却出院了的人说“再见”，因为我还没有回归到正常生活，我正处于一种紧张的状态。”[14]），对疾病复发充满恐惧（“我还不想回家，我太累了，我只能走我的老路。”[20]），心理负担沉重。

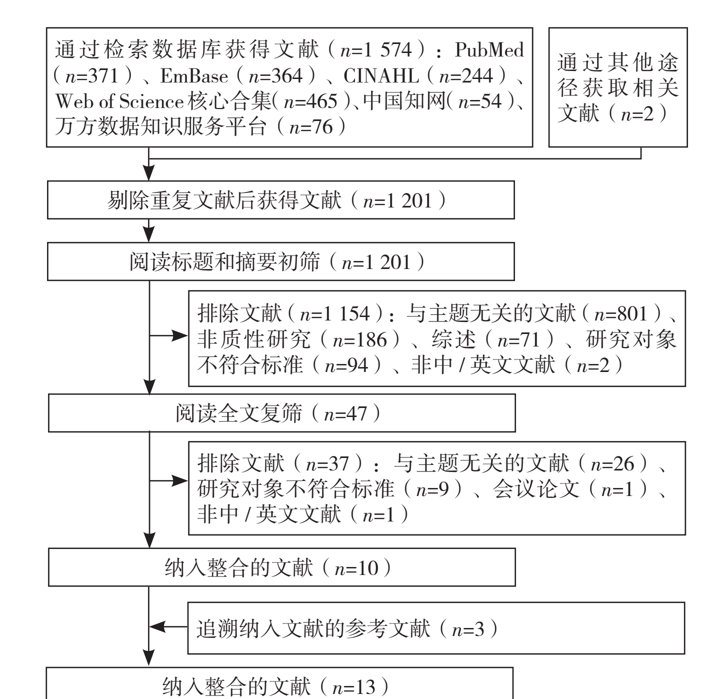


图1　文献检索及筛选流程

Figure 1　Literature retrieval and screening process

2.3.1.2　类别2：医院提供的出院服务不足　随着慢性病发病率的增高和病床周转率的加快，慢性病患者通常是在急性期治疗结束后、疾病尚未被治愈前出院，出院后仍对医疗服务有较高需求，而不充分的出院计划会导致患者对出院准备不足[17，21]。患者被告知出院时尚未做好出院准备，无法及时规划过渡期护理计划〔“如果我能提前几天知道她（母亲）要出院的话，我可以先给家庭护理员打电话说‘她要回来了，我们可以做些准备了’，但是突然一下让她出院了，她很高兴她能回家了，但我们什么都没有安排。”[21]、“我在家里无法制定任何计划，我的意思是医生什么都不告诉你，只说你今天下午可以回家。”[17]〕，对出院计划的参与度有限，从而导致决策共享无法实现，获得的出院信息不完整（“当你出院时会发生一些事情，但并没有完全告知我后续药物服用情况和随访医生信息。”[17]），严重影响了患者医院－家庭过渡期护理的有效性。

表 1 纳入文献的基本特征

Table 1 Basic characteristics of the included literature

作者	国家	发表年份（年）	研究方法	研究对象	感兴趣的现象	主要研究结果
BULL 等[13]	美国	1992	质性研究（半结构化访谈法、比较分析法）	55 名老年患者（平均年龄为 67 岁）和家庭照顾者	老年患者和家庭照顾者在医院－家庭过渡期的经历	3 个主题：（1）识别问题；（2）掌握（学习新技能、调整环境、角色转换）；（3）建立新常态
DOLU 等[14]	土耳其	2021	描述性质性研究（半结构化访谈法、主题分析法，主动康复模式）	14 名老年患者（平均年龄为 79 岁）和 11 名家庭照顾者	65 岁以上的老年患者和家庭照顾者对从医院到家庭的过渡时期的看法	3 个主题：（1）安全感和压力感交织并存；（2）担心被单独留下；（3）中断的医疗保健之旅
ALLEN 等[15]	澳大利亚	2018	描述性质性研究（半结构化访谈法、主题分析法，构建主义）	19 名患者（≥ 70 岁）和 7 名家庭照顾者	老年患者和家庭照顾者在医院－家庭过渡期的经历	6 个主题：（1）渴望在过渡期间变得独立；（2）与照顾者的支持性关系；（3）与医疗护理人员的关怀性关系；（4）寻求信息；（5）围绕过渡期护理计划开展协商讨论；（6）学会自我照顾
BULL 等[16]	美国	1997	扎根理论研究（内容分析法）	33 对母女（分别在出院后 2 周和 2 个月对其进行访谈，1 对样本脱落，患者平均年龄为 73.9 岁）	出院后女性老年患者和家庭照顾者的护理管理经验	两个主题：（1）找出有效的方法（整合信息、学会管理）；（2）建立新常态（把事情弄清楚、识别压力源）
BACKMAN 等[17]	加拿大	2018	描述性定性研究（参与式视觉叙事法，社会生态学理论）	老年慢性病患者和家庭照顾者共 9 名（4 名患者、3 名家庭照顾者、1 对患者－家庭照顾者，患者平均年龄为 77.6 岁）	老年慢性病患者和家庭照顾者在医院－家庭过渡期的经历	6 个主题（1）积极参与过渡期护理（作为合作伙伴参与护理计划、家庭是关键的支持方，有条理地进行自我管理、根据以往经验采取行动）；（2）过渡期间的积极体验（协调的护理服务、护士参与协调护理服务）；（3）获取社区服务和资源（响应式和个性化护理、家庭支持、被存储的信息资源）；（4）后续护理服务面临的挑战（难以预约后续护理服务、及时获得初级卫生保健服务、护理服务缺乏协调性、出院后不良事件）；（5）出院计划制定期间缺乏有意义的参与（对出院计划的参与度有限、没有做好出院准备）；（6）过渡期间存在的系统性障碍（获取的资源有限、"以提供者为中心"的护理服务）
GRAHAM 等[18]	美国	2009	定性研究（焦点小组访谈法和案例分析法，社会生态学理论）	159 名家庭照顾者参与焦点小组访谈，5 名老年患者及其家庭照顾者被纳入案例研究（患者年龄 >60 岁）	患者和照顾者在从医院到家庭的过渡时期的需求	两个主题：（1）信息支持和援助不足（对护理人员的培训不足、出院计划制订者提供的信息不足、照护者和老年人依靠非正式支持而非有偿服务机构）；（2）不同种族、语言、文化群体未被满足的需求（孝道与专业支持障碍、在信息传递和服务过程中缺乏相匹配的语言服务、非正式支持不足、低收入和中等收入老年人面临挑战）
LA MANNA 等[19]	美国	2018	混合研究（定性部分采用内容分析法，过渡理论）	96 名糖尿病患者（平均年龄为 75.15 岁）	老年糖尿病患者从医院到家庭的过渡时期（1 个月内）面临的挑战	4 个主题：（1）日常生活艰难（个人护理与做家务、行走与移动、交通利用、获取药品和物资困难）；（2）居家护理工作是复杂的（一个人做这件事是困难的、我把自己放到了最后的位置、调动家庭和支持资源、这对我的家人很不利）；（3）生活一直很艰难（受太多外部影响、悲伤和抑郁、焦虑和沮丧）；（4）管理复杂的健康问题是困难的（糖尿病一直难以被控制、慢性病自我管理、药物过多、需要更多信息支持）
ANDERSEN 等[20]	丹麦	2017	定性纵向研究（现象学研究，参与式观察法与访谈法）	15 名慢性阻塞性肺病患者（5 名患者中途退出，患者年龄范围为 55~86 岁，平均年龄为 69.3 岁）	慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者在过渡期参与护理及在家中接受日常护理的体验	住院阶段：努力重新获得控制感（增强体力和出院准备、努力把事情弄清楚和建立自信）。家庭阶段：努力遵医嘱进行自我管理以保持健康和快乐（努力保持自信和动力、寻求帮助）
NEITERMAN 等[21]	加拿大	2015	定性研究（半结构化访谈法、主题分析法）	17 名老年患者和 19 名家庭照顾者（患者平均年龄为 69 岁）	患者从医院到社区的过渡时期的体验，包括对日常生活和医疗护理的体验	两个主题：（1）挑战和困惑（回家、解决医疗混乱、组织运输）；（2）康复促进因素（社会资本和社会支持、针对性的护理措施和建议、一个人来协调护理服务、满足日常需求）
HALDING 等[22]	挪威	2018	质性研究（半结构化访谈法、内容分析法，过渡理论）	11 名慢性阻塞性肺疾病患者（年龄为 62~76 岁）	患者对过渡期自我管理与医疗保健服务的体验	两个主题：（1）艰难地继续前进（社会角色和功能改变引起的挑战、病情加重和关键事件、了解"脆弱"的新自我、掌握锻炼的方法）；（2）需要连续和有效的促进（康复和训练作为日常苦差事的开端、通过与护理人员建立联系获取帮助、主治医师不再关注出院的慢性阻塞性肺疾病患者的转归和治疗、急诊室不知晓患者既往健康状况）
MIRANDA 等[23]	加拿大	2020	描述性质性研究（半结构化访谈、主题分析法）	10 名患者（平均年龄为 67.5 岁）和 8 名医疗护理服务提供者	慢性阻塞性肺疾病患者和医疗护理服务提供者从医院肺康复中心到家庭的过渡时期的护理经验	两个主题：（1）总体经验（安全环境条件下的肺康复、高度结构化环境条件下的肺康复、对肺康复作用的不同看法、对肺康复计划的依赖）；（2）影响过渡的关键因素（社会支持、出院前自我管理策略的应用、患者的身心健康）
MICHELS[24]	美国	1988	探索性质性研究（访谈法、参与者观察法）	40 名患者（平均年龄为 62 岁）	患者从医院到家庭的过渡时期的经历	4 个主题：（1）连续护理需求的性质；（2）有专业照顾者的重要性；（3）家庭照顾者的不确定性；（4）信息需求
LIN 等[25]	中国	2022	纵向定性研究（半结构化访谈法、主题分析法）	23 对卒中患者及其家庭照顾者（患者年龄为 54~78 岁，平均年龄为 67.2 岁）	卒中患者和家庭照顾者在医院－家庭过渡期的经历	第一阶段：幸存（乐观和希望）。第二阶段：生活在迷雾中（出院前的情绪问题和反应、缺乏卒中知识和卒中信息、家庭护理困难、出院前的期望）。第三阶段：家中危机（出院后压力大、难以获取院后护理服务与卫生资源、人际关系的中断和生活方式的改变、经济负担）

2.3.1.3 类别3：患者自我管理障碍 老年患者由于受疾病影响，即使在出院时已接受了医护人员提供的自我管理教育，也仍有再入院的风险，面临自我管理障碍[22]。老年慢性病患者在医院－家庭过渡期疾病管理技能水平低下，常出现对用药剂量的理解存在偏差（“当我告知医生我正在服用的药物时，他大吃一惊。我每日吃5次，他说一天最多吃6次。他的意思是我病情恶化的时候可以这样吃，但我没有理解。”[22]）、对服药方式感到困惑（“我每天服用将近10种药物，我早上吃5种药物，我是一次性吃完还是单独服用。”[14]）、服药依从性差、药物知识欠缺（“药房开了19种药物，我对其中一些药物感到困惑，我以前知道，但现在不知道了。”[21]）等表现，疾病难以得到控制[19]。此外，老年患者出院后在对做饭、洗澡、穿衣、出行等[13, 16, 19, 21]日常生活活动的管理中也存在较多困难（“当我回到家时，我感到很低落，觉得从一开始，日常活动就变得困难。”[19]）。此时，社会参与也成为老年患者的负担（“我以前积极投身志愿服务，现在一切都结束了，我觉得自己成为了他们的负担。”[22]），其心理负荷加重，对自我管理信心不足，这也加剧了其自我管理障碍的严重程度。

2.3.1.4 类别4：信息、资源匮乏 老年患者出院时尚未痊愈，加之对出院的准备不足、自我管理障碍等因素的影响，导致其对后续护理相关信息、资源需求程度较高，而由于医院与家庭之间缺乏动态联动，患者出院后仍存在大量未被满足需求，造成疾病严重程度加剧、不良事件频发[15, 17-19, 22, 25]。有研究结果显示[15, 19]，患者在医院－家庭过渡期对出院后的健康管理服务充满期望，会积极寻求药物、诊疗方面的信息支持，以实现顺利过渡。但现实中不知晓如何获取信息或者对接收到的信息感到不理解（“尽管他们说的是普通话，但当他们使用医学术语时，他们说的话对我来说像是外语。”[25]），使其自我管理效果受到严重影响。疾病相关信息多来源于家属和亲戚，信息来源途径单一，信息的准确性有待验证[18, 24]。而社区卫生服务中心不仅在技术、设备上较为落后，还存在资源紧张的问题，这一方面使患者院后康复需求无法得到满足（“我们去社区康复，但社区设施很不好，没有针灸师。”[25]），另一方面也造成患者药品资源获取较为艰难（“我正在服用新药，但很难买到。”[19]）。此外，医疗保险报销额度有限（“我买不到这个处方药，我四处奔波，终于找到它了，但我后来不得不通过与相关部门争吵取回我的钱，这是不应该发生的。”[17]），加之社区可提供的资金支持不足，导致中低收入老年人常无力承担家庭护理费和房屋适老化改造费[13, 18]，其在过渡期间的安全难以得到保障。

2.3.2 整合结果2：老年慢性病患者医院－家庭过渡期护理的促进因素

2.3.2.1 类别5：良好的社会支持系统 过渡期护理服务团队，尤其是作为过渡期护理服务主要提供者的护士在患者过渡期护理中起主导作用[26]。护士与患者、照顾者保持良好的互动不仅能为患者提供情感上的支持，增强其对顺利过渡的信心〔“10周后，我几乎认识了这里所有的护士和工作人员，当我被推着轮椅离开时，她们都站起来向我挥手致意（患者泪流满面）。”[15]〕，还有助于促进照顾者积极参与患者护理工作和共同决策（“他们让我儿子参与其中，所以他真的知道发生了什么事。”[17]），进而可使其为患者提供强有力的家庭支持。此外，护士在过渡期护理团队中也起着非常重要的协调作用，其通过与多学科团队成员进行沟通与合作〔“他们从（医院）拿到了我所有的档案，知道我有糖尿病和其他症状。”[17]〕，使多学科团队成员能为患者提供专业、连续、一致的过渡期护理服务，确保患者安全度过过渡期（“执业护士似乎与医院有联系，她可以查找记录，这非常有帮助，我的意思是她维持了某种连续性。”[21]、“我患有心脏病已经10多年了，这是第一次有护士来访问我，这真的很有意义，护士向我解释了相关事项，所以我知道我需要做什么。”[13]）。除护理人员外，家庭照顾者在过渡期护理中也起着至关重要的作用。不少研究结果显示[14-15, 17-19, 23]，在医院－家庭过渡期，在过渡期护理团队的授权和激励下，家庭照顾者不仅可以快速、及时识别出患者健康状况的变化，助力降低患者再入院风险[15]，还可作为过渡期护理计划的践行者和倡导者，与过渡期护理团队一起〔“人们必须要理解，虽然（医疗护理人员）的表现很出色，但人力资源比较紧张。家人必须在，家庭必须参与。”[17]〕帮助患者重建自信、增强其自我管理能力〔“就我自己而言，我不想被打扰，但医疗护理人员如果和其他人（家庭成员）站在一起，你就不想让他们失望。”[23]〕。

2.3.2.2 类别6：积极自我调适 老年患者在医院－家庭过渡期通过自我调适应对变化，从而努力重建日常生活。在心态上，感知回家的益处〔“长时间地呆在医院是没有什么用的，可能弊大于利，有感染的风险。”[14]、“回家（是最重要的事情），你在自己的日常生活中可以做自己喜欢的一切事情，我是独立的，我想尽我所能。”[15]〕，意识到消极情绪对康复的负面影响[23]，将负面情绪内化，保持积极的态度和乐观的情绪，对未来充满希望（“是的，继续前进！即使你在生活中被击倒一两次，也要尝试着展望未来。”[22]），不言放弃（现在她想走路了，这就是为什么她尝试适当进食，她很勤奋，不会投降。”[14]）。在行为上，积极寻求社会支持[20]（支持可源于家庭、朋友）或与医护人员合作。通过改造居住的房屋、居家锻炼器材[13]，主动了解疾病和治疗方案，在日常生活中监测自己的症状和体征，

表 2　纳入文献的方法学质量评价

Table 2　Methodological quality evaluation of included literature

作者	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	总体评价
BULL 等[13]	Y	Y	Y	Y	Y	N	?	Y	Y	Y	B
DOLU 等[14]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B
ALLEN 等[15]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B
BULL 等[16]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B
BACKMAN 等[17]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B
GRAHAM 等[18]	Y	Y	Y	Y	Y	N	?	Y	Y	Y	B
LA MANNA 等[19]	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	A
ANDERSEN 等[20]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B
NEITERMAN 等[21]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B
HALDING 等[22]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B
MIRANDA 等[23]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B
MICHELS[24]	Y	Y	Y	Y	Y	N	?	Y	Y	Y	B
LIN 等[25]	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	B

注：Y= 是，N= 否，？ = 不清楚；①表示是否清晰阐述研究目标，②表示采用的质性研究方法是否恰当，③表示研究设计对该研究目标来说是否恰当，④表示选取研究对象的方法是否恰当，⑤表示资料收集方法是否恰当，⑥表示是否充分考虑研究者与研究对象之间的关系，⑦表示是否考虑伦理问题，⑧表示资料分析方法是否缜密，⑨表示结果陈述是否清晰，⑩表示研究的价值有多大。

根据以往经验采取行动[14，17]，学习自我照顾与症状管理相关知识（如熟悉特殊膳食种类、了解血糖波动的原因）、技能（如导尿管的护理、胰岛素注射等）等方式，控制现有疾病[15-16]，不断适应环境和角色的转变[13]，建立新常态（“起初由妻子负责我的服药工作，因为这对于我来说太难了，现在我已经搞定了，可以自己完成了。”[13]），逐渐减少过渡期护理依赖。

2.3.3　整合结果 3：老年慢性病患者对医院 - 家庭过渡期护理的期望

2.3.3.1　类别 7：“以患者为中心”的护理　多数老年慢性病患者在医院 - 家庭过渡期接受的是“以提供者为中心”的服务（“她们不能在周五进行服务，因为那是小周末。”[17]）。老年慢性病患者渴望获得“以患者为中心”的过渡期护理服务，在这种服务模式下，医疗护理服务提供者不仅能够全面、充分地评估患者的身体、心理、情感、社会需求，以及过渡期护理目标，还能够让患者参与出院计划和过渡期护理相关的讨论与决策[15]。老年慢性病患者希望能设置固定的患者导航员 / 护理协调员，在医院 - 家庭过渡期患者导航员 / 护理协调员通过定期与其讨论疾病进展，使其能充分了解自身目前的疾病状况（“如果能有一个人来协调护理服务，就太好了。”[21]、“我们需要一个当血压下降时能通过打电话向其寻求帮助和提供持续监测服务的人。”[14]），并期待医疗护理服务提供者就其目前的疾病状况给出响应式、个性化的护理措施和建议（“我的主治大夫说每个患者的情况都是不同的，这就是为什么我们的治疗方案和服用的药物是不同的，因此，我也期待他们能为我提供出院计划套餐。”[25]）。

2.3.3.2　类别 8：及时跟进后续护理服务　老年患者认为，及时、持续的院后护理服务有助于其护理目标的实现[22]。患者想要知晓医疗护理人员的联系方式，以便出院后出现症状时能够获得及时、准确的处置方案；渴望得到来自医护人员的关心和随访服务，以便解决当下遇到的困扰，缓解担忧等负面情绪（“我觉得出院后医生不关心我，电话随访次数不够。”[25]、“医生应该打电话给我，我可以问他问题。”[14]）；希望能及时获得家庭医生提供的初级卫生保健服务〔“（3 月）秘书说把日期改到 4 月底，我说我 4 月底就死了。”[17]〕，并期待医疗机构重视院后护理服务的连续性[22]，渴求医疗保健人员顺利为其安排复诊计划[17]。

3　讨论

3.1　改善个人 - 社区 - 社会过渡条件，促进患者健康过渡　Meta 整合结果显示，来自医护人员和家庭照顾者的社会支持可促进老年人顺利完成从医院到家庭的过渡，而医院提供的出院服务不足、患者自我管理障碍、信息与资源的匮乏，以及焦虑、抑郁等心理障碍阻碍了患者从医院到家庭的顺利过渡，这与 MELEIS[24]的过渡理论内容相一致，即患者从医院到家庭的过渡过程具有动态性、复杂性的特点，受个人因素（如经济水平、态度、过渡准备等）、社区因素（如家庭和朋友支持、医疗护理人员提供的信息支持等）、社会因素（如政策）的相互影响，这表明若要实现患者的健康过渡，医疗人员需要对过渡条件进行针对性干预。如在个人层面上，护理人员须全面评估患者出院准备情况，如过渡准备情况、态度、过渡时机的适宜性等，明确患者的需求和心理状况，协助其进行自我调适，帮助其保持积极的心态。

整合结果显示，老年慢性病患者在医院－家庭过渡期存在负性情绪和心理压力的同时，也在积极地进行自我调适。对于负性情绪强烈的老年患者，医护人员应引导老年患者表达内心感受，做好心理疏导工作。同时，医护人员还可采用积极心理干预方法，如正念减压法、意念冥想法等对老年患者进行干预，促使患者产生积极的情绪，帮助其建立成熟的心理防御机制。对于自我调适能力良好的老年患者，医护人员可深挖其积极体验，充分发挥其主动性，帮助其保持并强化正性感受，增强其顺利过渡的信念。由于慢性病具有病程长、并发症多等特点，应为出院老年慢性病患者提供基于多学科协作的社区护理及居家护理服务。家庭医生签约服务是推进分级诊疗制度建设的重要"抓手"，家庭医生团队作为居民健康的"守门人"，在老年慢性病患者社区管理和居家管理中发挥重要作用，能提高其治疗依从性和慢性病管理的连续性。因此，在社区层面，需要积极探索、创新家庭医生签约服务模式，不断拓展签约服务内涵，提高家庭医生签约服务模式的可实施性和可评价性。家庭医生团队应对出院患者的照顾者进行知识与技能培训，定期审查患者的家庭支持系统，依据老年患者过渡期护理需求评估单对其情感需求、信息需求等复杂性需求水平进行评估; 通过多种方式/渠道,如社交媒体平台(微信)、电话随访、远程医疗、上门护理，了解患者近期居家状况，并在此基础上适时调整治疗方案，为其提供个性化、针对性服务。与此同时，在组织系统层面，需要对二、三级医疗卫生机构和社区卫生服务中心的医护人员间的协作、沟通情况进行监管，实现上下联动，以促进医护人员落实过渡期护理服务。在社会层面，加强政府主导作用，积极构建以家庭为基础、以医院为主导、以政府和社会为支撑的全方位、立体式的多元支持体系，依托医联体，进一步完善基于医院－社区－家庭多元联动的过渡期护理服务信息平台，进而满足患者对信息资源的需求[27]。

3.2 强化患者教育，提升老年慢性病患者自我管理能力 老年慢性病患者医院－家庭过渡期的预后情况及生活质量与其自我管理水平密切相关。整合结果显示，老年慢性病患者在学习和居家应用自我管理技巧方面存在困难。自我管理能力是促进慢性病管理水平提升的"助推器"，加强患者教育则是帮助患者实现顺利过渡和有效自我管理的主要途径[28]。研究表明[29-31]，通过患者教育、后续知识与技能培训等，可降低患者的再入院率、提升其自我管理能力。强化过渡期患者教育的过程中，需要及时评价其对知识、技能的掌握情况和熟悉程度，打造"评价－回授－反馈－强化"的闭环，帮助其及时改进自我管理中存在的不足之处，提升其自我管理的信心，激活其自我效能感。而医疗护理人员作为知识和技能的传授者，其受教育水平也与患者预后情况、健康水平相关[32]。目前国内外患者教育形式多样、内容各异、效果不一，亟须开发过渡期患者教育标准化实践指南、健全健康教育评价体系，为患者打造内容丰富、形式多样的教育活动。

3.3 开展护士主导的"以患者为中心"的过渡期护理服务，提高护理质量 Meta 整合结果显示，老年慢性病患者渴望得到"以患者为中心"的连续、协调的过渡期护理服务，并肯定了护士在过渡期护理中发挥的重要作用。护士作为过渡期护理服务的主要提供者，负责与其他医疗服务提供者进行互动、沟通，评估患者身体、心理、社会、情感需求水平并负责后续护理服务的跟进[33]。国外 Meta 分析结果显示，由护士主导过渡期护理工作，可使患者的独立性和护理决策权得到充分尊重，能有效提高患者满意度，改善患者健康状况，降低患者的再入院率[34-35]。国内由于护理人力资源有限，医院更侧重于提供住院服务，患者在医院－家庭过渡期及出院后的延续护理服务内容和质量有待进一步完善。目前尚未设置专职过渡期护士岗位或者过渡期患者导航员/护理协调员，且从事过渡期护理工作的护士核心能力有限，无法在过渡期护理工作中起主导作用。如何在多病共存老年患者群体中开展以护士为主导的过渡期护理服务是医疗组织与系统、护理人员需要探索的问题。下一步,应在了解老年慢性病患者对过渡期护理的体验,探讨过渡期护理团队特别是护士对过渡期护理看法的基础上，从医院组织/系统层面着手改善过渡期护理服务,构建有效的过渡期护理临床路径,提升过渡期护理质量。

本研究采用 Meta 整合方法对老年慢性病患者医院－家庭过渡期护理体验的质性研究结果进行整合和分析，得出了老年慢性病患者医院－家庭过渡期护理的障碍因素（患者存在负性情绪和心理压力；医院提供的出院服务不足；患者自我管理障碍；信息、资源匮乏）；老年慢性病患者医院－家庭过渡期护理的促进因素（良好的社会支持系统和积极自我调适）；老年慢性病患者对医院－家庭过渡期护理的期待（"以患者为中心"的护理和及时跟进后续护理服务）。但研究者仅检索了中英文文献，且纳入文献质量不高（13 篇文献中仅 1 篇文献质量等级为 A），可能影响整合结果的诠释。同时纳入的文献研究内容仅以患者感受和对护理的体验为主，尚未纳入单独探讨医疗护理人员或家庭照顾者对过渡期护理看法的文献。未来，研究者可进一步关注医院－家庭过渡期涉及的所有利益相关者的观点，尤其是医护人员的观点，可以从组织和系统层面加深对过渡期护理相关问题的理解，从而为有效、实用的过渡期护理服务的实施和临床路径的构建提供参考，以期助力患者实现院后长期自我管理，促进其健康水平的提升。

作者贡献：孙梦杰、刘腊梅、王佳南负责文章的构思与设计、文献/资料收集与整理、论文的修订；刘腊梅、王鹏、张振香负责文章的可行性分析；孙梦杰、刘腊梅负责论文的撰写、英文修订、文章的质量控制及审校，并对文章整体负责，监督管理。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 王丽敏，陈志华，张梅，等. 中国老年人群慢性病患病状况和疾病负担研究[J]. 中华流行病学杂志，2019，40（3）：277-283. DOI：10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2019.03.005.

[2] TSILIMINGRAS D，SCHNIPPER J，DUKE A，et al. Post-Discharge adverse events among urban and rural patients of an urban community hospital：a prospective cohort study[J]. J Gen Intern Med，2015，30（8）：1164-1171. DOI：10.1007/s11606-015-3260-3.

[3] CONNOLLY T，MAHONEY E. Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home[J]. J Clin Nurs，2018，27（21/22）：3979-3987. DOI：10.1111/jocn.14563.

[4] COLEMAN E A，BOULT C. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs [J]. J Am Geriatr Soc，2003，51（4）：556-557. DOI：10.1046/j.1532-5415.

[5] MONKONG S，KRAIRIT O，NGAMKALA T，et al. Transitional care for older people from hospital to home：a best practice implementation project[J]. JBI Evid Synth，2020，18（2）：357-367. DOI：10.11124/JBISRIR-D-19-00180.

[6] 钟玉群，陈智超，叶莉红. 过渡期护理模式对老年2型糖尿病患者血糖控制及生活质量的影响[J]. 广东医学，2015，36（11）：1790-1792. DOI：10.13820/j.cnki.gdyx.2015.11.052.

[7] FINLAYSON K，CHANG A M，COURTNEY M D，et al. Transitional care interventions reduce unplanned hospital readmissions in high-risk older adults[J]. BMC Health Serv Res，2018，18（1）：956. DOI：10.1186/s12913-018-3771-9.

[8] MARKLE-REID M，MCAINEY C，GANANN R，et al. Study protocol for a hospital-to-home transitional care intervention for older adults with multiple chronic conditions and depressive symptoms：a pragmatic effectiveness-implementation trial[J]. BMC Geriatr，2020，20（1）：240. DOI：10.1186/s12877-020-01638-0.

[9] BAUER M，FITZGERALD L，HAESLER E，et al. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence[J]. J Clin Nurs，2009，18（18）：2539-46. DOI：10.1111/j.1365-2702.2008.02685.x.

[10] Productivity Commission. Caring for older Australians[EB/OL].（2019-02-28）[2021-11-12]. https://www.healthinfonet.ecu.edu.au/key-resources/publications/?id=20140.

[11] HUGHES A K，WOODWARD A T，FRITZ M C，et al. Unmet needs of US acute stroke survivors enrolled in a transitional care intervention trial[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis，2020，29（2）：104462. DOI：10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105044.

[12] MURVEEMAN I. Bringing user experience to healthcare improvement：the concepts，methods and practices of experience-based design[J]. Health & Social Care in the Community，2007，20（5）. DOI：10.1108/ijhcqa.2007.06220eae.001.

[13] BULL M J. Managing the transition from hospital to home[J]. Qualitative Health Research，1992，2（1）：27-41. DOI：10.1177/104973239200200103.

[14] DOLU I，NAHARCI M I，LOGAN P A，et al. A qualitative study of older patients' and family caregivers' perspectives of transitional care from hospital to home[J]. Research and Theory for Nursing Practice，2021，35（2）：168-188. DOI：10.1891/RTNP-D-20-00067.

[15] ALLEN J，HUTCHINSON A M，BROWN R，et al. User experience and care for older people transitioning from hospital to home：patients' and carers' perspectives[J]. Health Expect，2018，21（2）：518-527. DOI：10.1111/hex.12646.

[16] BULL M J，JERVIS L L. Strategies used by chronically ill older women and their caregiving daughters in managing posthospital care [J]. J Adv Nurs，1997，25（3）：541-547. DOI：10.1046/j.1365-2648.1997.1997025541.x.

[17] BACKMAN C，STACEY D，CRICK M，et al. Use of participatory visual narrative methods to explore older adults' experiences of managing multiple chronic conditions during care transitions[J]. BMC Health Serv Res，2018，18（1）：482. DOI：10.1186/s12913-018-3292-6.

[18] GRAHAM C L，IVEY S L，NEUHAUSER L. From hospital to home：assessing the transitional care needs of vulnerable seniors[J]. Gerontologist，2009，49（1）：23-33. DOI：10.1093/geront/gnp005.

[19] LA MANNA J B，BUSHY A，GAMMONLEY D. Post-hospitalization experiences of older adults diagnosed with diabetes："It was daunting!"[J]. Geriatric Nursing，2018，39（1）：103-111. DOI：10.1016/j.gerinurse.2017.07.005.

[20] ANDERSEN I C，THOMSEN T G，BRUUN P，et al. The experience of being a participant in one's own care at discharge and at home，following a severe acute exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease：a longitudinal study[J]. Int J Qual Stud Health Well-being，2017，12（1）：1371994. DOI：10.1080/17482631.2017.1371994.

[21] NEITERMAN E，WODCHIS W P，BOURGEAULT I L. Experiences of older adults in transition from hospital to community [J]. Can J Aging，2015，34（1）：90-99. DOI：10.1017/S0714980814000518.

[22] HALDING A G，AARSHEIM E I，DOLMEN N M，et al. COPD transitions in health and self-management：service users' experiences from everyday life[J]. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis，2018，13：2075-2088. DOI：10.2147/COPD.S158058.

[23] MIRANDA J，UNDERWOOD D，KUEPFER-THOMAS M，et al. Exploring transitions in care from pulmonary rehabilitation to home for persons with chronic obstructive pulmonary disease：a descriptive qualitative study[J]. Health Expectations，2020，23（2）：414-422. DOI：10.1111/hex.13012.

[24] MICHELS N. The transition from hospital to home：an exploratory study[J]. Home Health Care Serv Q，1988，9（1）：29-44. DOI：10.1300/J027v09n01_03.

[25] LIN S，WANG C，WANG Q，et al. The experience of stroke survivors and caregivers during hospital-to-home transitional care：

a qualitative longitudinal study［J］. Int J Nurs Stud，2022，130：104213. DOI：10.1016/j.ijnurstu.2022.104213.

［26］NAYLOR M D，HIRSCHMAN K B，TOLES M P，et al. Adaptations of the evidence-based Transitional Care Model in the U.S［J］. Soc Sci Med，2018，213：28-36. DOI：10.1016/j.socscimed.2018.07.023.

［27］许佳佳，翟艳萍，冯玫，等. 分级诊疗制度下慢性病患者过渡期护理模式构建［J］. 中华现代护理杂志，2020，26（33）：4598-4606. DOI：10.3760/cma.j.cn115682-20200428-03080.

［28］MELEIS A I，SAWYER L M，IM E O，et al. Experiencing transitions：an emerging middle-range theory［J］. ANS Adv Nurs Sci，2000，23（1）：12-28. DOI：10.1097/00012272-200009000-00006.

［29］ABOUMATAR H，NAQIBUDDIN M，CHUNG S，et al. Effect of a hospital-initiated program combining transitional care and long-term self-management support on outcomes of patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease：a randomized clinical trial［J］. JAMA，2019，322（14）：1371-80. DOI：10.1001/jama.2019.11982.

［30］LEGER J M. Improving self-care management for underserved patients through transitional care strategies［J］. J Nurs Care Qual，2022，37（1）：3-5. DOI：10.1097/NCQ.0000000000000575.

［31］刘其兰. 以自我管理能力为核心的过渡期护理模式在 COPD 患者中的应用研究［D］. 遵义：遵义医科大学，2019.

［32］李春映，朱蓝玉. 长春市社区护士健康教育能力现状调查［J］. 职业与健康，2022，38（1）：116-120. DOI：10.13329/j.cnki.zyyjk.2022.0019.

［33］CAMICIA M，LUTZ B J. Nursing's role in successful transitions across settings［J］. Stroke，2016，47（11）：e246-249. DOI：10.1161/STROKEAHA.116.012095.

［34］BRYANT-LUKOSIUS D，CARTER N，REID K，et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care：a systematic review［J］. J Eval Clin Pract，2015，21（5）：763-781. DOI：10.1111/jep.12401.

［35］LI M，LI Y，MENG Q，et al. Effects of nurse-led transitional care interventions for patients with heart failure on healthcare utilization：a meta-analysis of randomized controlled trials［J］. PLoS One，2022，17（1）：e0262979. DOI：10.1371/journal.pone.0262979.

（收稿日期：2022-09-08；修回日期：2023-01-28）
（本文编辑：陈俊杉）